



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Incidencia de accidente cerebrovascular en pacientes
hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del
Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena
Ayacucho - 2015**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Carmen Natividad CASTILLA HUAYHUA

ASESOR

Teresa de Jesús VIVAS DURAND DE ISLA

Lima, Perú

2016



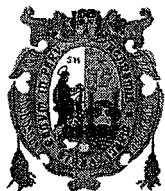
Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Castilla C. Incidencia de accidente cerebrovascular en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho - 2015 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

1103

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : CASTILLA HUAYHUA CARMEN NATIVIDAD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: INCIDENCIA DE ACCIDENTE CEREbroVASCULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO - 2015

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA INTENSIVISTA

Lima, 26 de julio de 2016

Señor Doctor
SERGIO GERARDO RONCEROS MEDRANO
Director de la Unidad de Post-Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de **ENFERMERÍA INTENSIVISTA** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

Quince (15)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POST GRADO

Lic. Esp. **JUANA CUBA SANCHO**
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora



MG. TERESA VIVAS DURAND.

Mary

DEDICATORIA

A Dios por preservar mi vida diaria y por permitirme a superarme con éxito como profesional.

A la memoria de mis padres Pedro y Agustina, a mis hijos Roberh, Sinthia y Vanessa que son la razón de todo esfuerzo que realizo.

A mis queridos hermanos por brindarme su apoyo durante el desarrollo de estudios de la especialidad.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Segunda Especialidad en Enfermería, por compartir sus experiencias y conocimientos, y sobre todo, por su humildad y amistad

A todas las personas que motivaron el desarrollo de la presente investigación.

A los pacientes hospitalizados en la Unidad de cuidados Intensivos por permitir el desarrollo de la presente Investigación.

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
PRESENTACIÓN	ix
 CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	5
 CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	6
2.2. Base teórica	9
2.3. Definición operacional de términos	19
 CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la investigación	20
3.2 Lugar de estudio	20
3.3 Población de estudio	20
3.4 Unidad de Análisis	21
3.5 Muestra y muestreo	21
3.6 Criterios de selección	21
3.7 Técnica e Instrumento de recolección de datos	22
3.8 Procedimiento para el análisis e interpretación de la información	22
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	23
4.2. Discusión	28
 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusiones	29
5.2. Recomendaciones	30
5.3. Limitaciones	30
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
BIBLIOGRAFIA	34
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO Nº		PÁG.
01	Incidencia de accidente cerebrovascular en adultos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho - 2015	24
02	Incidencia de pacientes con accidente cerebro vascular según edad, hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2015	25
03	Incidencia de pacientes con accidente cerebro vascular según sexo, hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2015	26
04	Incidencia de pacientes con accidente cerebro vascular según lugar de referencia, hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho - 2015	27

RESUMEN

Autora: Lic. Carmen Castilla Huayhua

Asesora: MG. Teresa Vivas Durand

La enfermería como profesión tiene la misión de conservar, promover, recuperar y rehabilitar el estado de salud del paciente críticos y no crítico a través de acciones técnico, científico, ético y humanístico, demostrando responsabilidad y basado en un marco teórico que sustenta científicamente su labor cotidiano. Este cuidado se da en una acción psicodinámica que se desarrolla en estadíos de dependencia y que finaliza cuando el usuario goza de total independencia.

Todo esto implica que las acciones de enfermería tendientes a satisfacer las expectativas del paciente, cuanto más delicado sea, menor debe ser el número de pacientes a fin de brindar un cuidado integral y satisfacer sus expectativas.

De lo expuesto, surge la necesidad de realizar el presente estudio de investigación con el objetivo de determinar la incidencia de pacientes con accidente cerebrovascular en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho Adultos. Metodología: El estudio es tipo cuantitativo y retrospectivo, método descriptivo. Población: Fueron 226 pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho en el 2015. Resultados: Del 100% de pacientes, el 13% (30) se hospitalizaron por accidente cerebrovascular y el 87 son otros diagnósticos. Conclusiones: Se pudo evidenciar que hay un porcentaje considerable de pacientes hospitalizado por ACV.

Palabras clave: Incidencia, accidente cerebrovascular, unidad de cuidados intensivos

SUMMARY

Author: Lic. Carmen Castilla Huayhua.

Advisory: MG. Teresa Vivas Durand

The nursing profession has a mission to preserve , promote , restore and rehabilitate the health of critical patient and do not criticize through technical actions, scientific, ethical and humanistic , demonstrating responsibility and based on a theoretical framework that scientifically supports its work daily. This care is given in a psychodynamic action taking place in stages dependency and ending when the user enjoys full independence.

All this implies that nursing actions designed to meet the patient's expectations, the more delicate it is, the lower must be the number of patients in order to provide comprehensive care and meet your expectations.

From the above, the need for this research study in order to determine the incidence of cranial trauma patients in the intensive care unit of the regional hospital of Ayacucho Adults arises. Methodology: The study is quantitative and retrospective, descriptive method. Population: 226 patients were hospitalized in the intensive care unit of the regional hospital of Ayacucho in 2015. Results: Of 100% of patients, 13% (30) were hospitalized for cerebrovascular accident. Conclusions: We could show that there is a considerable percentage of.

Keywords: Incidence, cerebrovascular accident, intensive care unit.

PRESENTACION

En los últimos años el aumento de accidentes cerebrovascular está llevando a las instituciones de salud a admitir un alto porcentaje de pacientes con desordenes cerebrovasculares cuyo tratamiento es prolongado dejando un elevado número de pacientes con discapacidad, el cual ocasiona un alto costo para la institución y para el estado y para la familia. En consecuencia es de esperar que se incremente la demanda de atención y costo con estos pacientes debido al incremento de esta patología lo cual tiene que ver también con estilos de vida de las personas.

De lo expuesto, surge la necesidad de realizar el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar la incidencia de pacientes con accidente cerebrovascular en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho a efectos de contribuir con una adecuada actuación de enfermería ante estos pacientes.

La presente investigación es tipo cuantitativo y método descriptivo; es retrospectivo ya que los datos se han obtenido de las historias clínicas de los pacientes que han sido hospitalizados en todo el 2015.

Para una mejor comprensión, el presente trabajo está organizado de la siguiente manera: Capítulo I, denominado Introducción que incluye, el Capítulo II: Marco teórico, está integrado por el sustento empírico y teórico de las variables a través de los antecedentes, bases teóricas, definición operacional de términos y planteamiento de las hipótesis.

En el Capítulo III: Metodología, se consigna el tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, muestra y muestreo; criterios de selección, técnica e Instrumento de recolección de datos y los procedimientos para el análisis e interpretación de la información.

El Capítulo IV: Resultados y discusión, consolida los hallazgos del procesamiento estadístico y efectiviza el proceso de discusión a la luz del marco referencial y teórico disponible.

En el Capítulo V: Conclusiones, recomendaciones y limitaciones, se detalla la síntesis de los hallazgos obtenidos y las sugerencias administrativas como académicas. Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

Las enfermedades cerebrovasculares se encuentran dentro de las primeras diez causas de ingreso a los servicio de emergencia debido a la gravedad y al peligro de muerte o discapacidad en el paciente. El síndrome isquémico es uno de las patologías dentro del grupo de las enfermedades cerebrovasculares que pueden tener mejor pronóstico evitando secuelas neurológicas, siempre y cuando tengan tratamiento precoz adecuado y oportuno.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año alrededor de seis millones de personas en el mundo mueren de un ataque cerebral, constituyéndose como la patología neurológica más común y primera causa de discapacidad en la población adulta. De la población que sufre esta enfermedad, un 15 a 30% resulta con un deterioro funcional severo a largo plazo lo que implica un alto grado de dependencia de terceros y un elevado costo económico. Además el accidente cerebrovascular se ha establecido como la segunda causa de demencia a nivel mundial.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionan “que las enfermedades cardiovasculares constituyen la segunda causa de muerte y la tercera de discapacidad en países desarrollados luego de las enfermedades cardíacas y neoplásicas, además; siendo esta una importante causa de admisión hospitalaria, donde se producen 4,6 millones de muertes anuales en el mundo por esta causa, lo que equivale a 1 muerte cada 7 segundos, ocasionando un alto porcentaje de incapacidad en los pacientes que sobreviven, con un enorme

impacto en la calidad de vida individual y familiar con repercusión social y económica”. (1)

En los Estados Unidos, cada año, unas 700,000 personas sufren accidentes cerebrovasculares, aproximadamente 500,000 personas los padecen por primera vez, y 200,000 de los casos son recurrentes. Por año, unas 158,000 personas mueren a causa de un accidente cerebrovascular. En promedio, cada 45 segundos una persona sufre un accidente cerebrovascular, y cada 3 minutos alguien muere por ese problema.

En países en desarrollo, durante las últimas décadas, la incidencia de ACV se ha incrementado en 100%, sobre todo en los países de bajos y medianos ingresos económicos. Venezuela ocupa hoy en día el cuarto lugar, la patología arrebató la vida cada año a nueve mil personas aproximadamente.

En Argentina se estima que ocurren entre 100.000 y 190.000 casos por año. Se produce 1 ACV cada 4 minutos, y sólo 1 de cada 4 pacientes que sufre un ACV llega a tiempo al hospital. La misma proporción muere dentro del año posterior al ACV. Entre el 15 y el 30% de los supervivientes quedan con discapacidad permanente y para reducir los daños se necesita que la persona reciba atención en las primeras 4 horas desde el comienzo de los síntomas.

Las estadísticas antes descritas indican que tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados las incidencias de morbilidad por esta enfermedad están siendo cada día más elevadas, teniendo un número importante de ingresos tanto en hospitales públicos como en privados.

Las consecuencias del accidente cerebrovascular suelen ser permanentes, ya que las células cerebrales muertas no se pueden

reemplazar. Por eso los expertos destacan la importancia de acudir rápido a la guardia ante ciertos signos: "El tiempo perdido es cerebro perdido". Y explican que las primeras tres horas son clave para su recuperación. (2)

En el Perú se ha reportado una prevalencia de 6,8 % en la zona urbana y 2,7% en la zona rural en mayores de 65 años, en donde representan el 28,6 y 13,7%, respectivamente, de las causas de muerte.

Así mismo, el Ministerio de Salud informó un incremento en la mortalidad por ACV entre los años 2000 y 2006, mientras que en el Hospital Nacional "Cayetano Heredia" se reportó una mortalidad hospitalaria de 20% entre los años 2000 y 2009, lo cual revela su impacto como problema de salud pública.

Toda esta información es alarmante considerando la severa afectación sobre la calidad de vida de los pacientes con ACV, y el inmenso impacto económico que se genera en el sistema de salud y en las familias; no solo porque el paciente con discapacidad moderada a severa se convierte en económicamente inactivo, sino que además, alrededor del 40% necesitará de un cuidador perenne, los cuales, en muchas ocasiones, son familiares, quienes deben dejar de trabajar para cumplir con esta labor.

Sin embargo hay estudios realizados en Junín en el 2010 donde señalan que la incidencia de ACV es bajo comparado a la región Lima ya que los pobladores de esa zona, en un alto porcentaje tienen un valor de glicemia y colesterol en rangos normales comparados con Lima. En Ayacucho se carece de esta información, sin embargo se observa que los ingresos por ACV al hospital van en aumento. (3)

Por todo lo mencionado en párrafos anteriores, surge el interés por conocer cuál es la incidencia de esta patología en la unidad de

cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho a fin de determinar cifras estadísticas exactas y propias de nuestro entorno.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de accidente cerebrovascular en adultos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

Debido a que se desconoce el número relativo de pacientes que ingresan al hospital Regional de Ayacucho con diagnóstico de ACV y cuantos ingresan a las UCIs motiva la realización del presente estudio retrospectivo que nos permite describir la realidad en la que estamos inmersos, y a partir de ello, los resultados sirvan de base y puente de partida a posteriores estudios, además no se cuenta con datos actualizados acerca de esta problemática que nos permita mejorar en futuro la contingencia a estos pacientes, lo cual se convierte en un reto para mejorar la calidad del cuidado de enfermería.

El hospital regional de Ayacucho no cuenta con un informe real y de carácter científico, sobre la incidencia de pacientes con esta afección, por lo que se desconoce la prevalencia de pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular que ingresan al hospital antes mencionado y cuantos ingresan a la unidad de cuidados intensivos.

Los resultados del estudio están orientado a proporcionar información en los diferentes niveles del HRA y departamento de Enfermería para realizar un plan de implementación y capacitación continua dirigido al equipo de trabajo, para mejorar los cuidados y evitar de alguna forma

secuelas. Además proponer estrategias que nos permita mejorar la calidad del cuidado en la atención de pacientes con esta patología.

1.4.- OBJETIVOS

Generales

- Determinar la incidencia de Accidente Cerebro Vascular en adultos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho – 2015.

Específicos

- Identificar la incidencia de pacientes con Accidente Cerebro Vascular según edad hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho - 2015
- Identificar la incidencia de pacientes con Accidente Cerebro Vascular según sexo hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho - 2015.
- Identificar la incidencia de pacientes con Accidente Cerebro Vascular según lugar de referencia hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Ortiz Rodríguez Ana María en el 2013, en Ecuador realizo un estudio de investigación titulado “Factores de riesgo para accidente cerebrovascular en pacientes con hipertensión arterial no controlada en el hospital provincial Ambato”. El objetivo fue determinar los factores de riesgo que interviene en la aparición del accidente cerebrovascular en pacientes con antecedentes de hipertensión arterial. El enfoque del estudio fue cualitativo aplicando la investigación de campo, con un nivel tipo descriptivo a 71 pacientes con accidente cerebrovascular y antecedente de hipertensión arterial crónica no controlada, encontrándose que el ACV es más frecuente en pacientes mayores de 65 años del género femenino. La mayoría de los pacientes presentaron sintomatología neurológica, de los cuales hubo un gran porcentaje que presento antecedente de hipertensión arterial crónica sin control médico y sin tratamiento adecuado. Además se encontró que la mitad de los pacientes presentaron presiones arteriales que según la clasificación de la NJC 7 es de grado de HTA Grado II, siendo este el mayor factor de riesgo; se encontraron también que en un menor porcentaje de pacientes presentaron Infecciones concomitantes que empeoran el pronóstico del paciente.

Domínguez Juana, Lemos romina y Vizaguirre Roxana, el 2013 en Argentina realizaron una investigación titulado “Conocimiento de la población sobre accidentes cerebrovasculares y su relación con la incidencia de esta patología” con el objetivo de determinar los

conocimientos que tienen las personas que acuden a los consultorios externos del hospital central de Mendoza acerca del accidente cerebrovascular, y su relación con la incidencia de esta patología en los dos últimos años. Es un estudio tipo cuantitativo ya que su objetivo es medir los fenómenos como la producción de accidentes cerebrovascular y expresar de forma estadística las características asociadas. Es descriptivo, explicativo y de acuerdo a su finalidad es aplicada. Por ser una población indefinida se tomó como muestra 120 personas de 20 a 65 años de ambos sexos que asistieron al consultorio externo de la clínica médica del hospital central de Mendoza. Se utilizó como técnica una encuesta, y como instrumento un cuestionario con la que se llegó a las siguientes conclusiones:

La gran mayoría de la muestra (63.3%) refieren tener pocos conocimientos sobre el accidente cerebrovascular, esto aumenta el riesgo en ellos de sufrirla ya que los factores que predisponen a su producción, generalmente están asociados a los estilos y hábitos de vida que se pueden corregir y mejorar. Dentro de los signos del ACV que más conocen se encuentra en primer lugar parálisis de cara y cuello (55%), siguiendo por dificultad para hablar (54%). Es un buen indicador, ya que a pesar de poseer pocos conocimientos si pueden reconocer algunos de los signos de esta patología.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Luis Valle Valverde, en el 2002, en Lima realizó un estudio de investigación titulado “Ataque cerebrovascular isquémico con criterio de trombo lisis en el servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD” con el objetivo de determinar la prevalencia del Ataque cerebrovascular isquémico con criterio de

trombo lisis en el servicio de emergencia. Es un estudio tipo cuantitativo, prospectivo; cuya información se obtuvo de 2105 historias clínicas en el periodo de agosto a diciembre del 2002; de ellos solo 300 cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados fueron: Del 100% (300) de historias clínicas revisadas, el 52.7% (158) corresponden al sexo femenino, y el 47.3% a pacientes de sexo masculino. El promedio de edades oscilaron entre 25 a 96 años.

La conclusión a la que llegaron fue que los casos más frecuentes estuvieron entre 86 a 96 años con un 24 % aun cuando los pacientes mayores de 66 años llegan aproximadamente a un 23%. Es de notar que los pacientes entre 56 y 65 años ocupan un importante 14% del total de la distribución.(4)

Ana Castañeda Guarderas, Guillermo Beltrán, Renzo Casma Bustamante, Paulo Ruiz-Grosso y Germán Málaga realizaron un estudio sobre “Registro de pacientes con accidente cerebrovascular en un hospital público del Perú” con el objetivo de describir las características de los registros de pacientes con accidente cerebrovascular como diagnostico causante de hospitalización en el hospital nacional Cayetano Heredia. El estudio fue cuantitativa, longitudinal y tuvieron como población todo los registros de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de accidente cerebrovascular asignados por el médico tratante al momento de salir de alta. La información fue recogida en una ficha de recolección de datos con la cual se llegó a los siguientes hallazgos: “La forma de ACV más frecuente fue la de ACV isquémico, que se presentó en el 48,1 % de los casos, seguido por la forma de ACV-h con el 24,9 %. Proporcionalmente, la forma de ACV que presenta mayor mortalidad fue la hemorrágica con 31,8 % de los casos”. (5)

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE INCIDENCIA

Incidencia es el número de casos nuevos con que se presenta una enfermedad en una determinada población y en un periodo determinado. En el campo de la epidemiología, el término de incidencia es uno de los más importantes ya que tiene que ver con el aumento que una enfermedad o epidemia puede mostrar a lo largo del tiempo, permitiendo así su análisis y posible solución.

La incidencia puede ser esencialmente definida como el número de nuevos casos de enfermedad que se presentan en una situación más o menos específica en un determinado periodo de tiempo; en este sentido, la incidencia viene a ser un numero acotado de casos que aparecen y que, proyectados debidamente en gráficos y análisis, permiten comprender el crecimiento de una enfermedad o condición epidemiológica en un espacio temporal acotado.

La Incidencia y prevalencia son consideradas también como conceptos estadísticos básicos, usados sobre todo en epidemiología y se relaciona con el riesgo ya que siempre implica el posible crecimiento proyectual de una enfermedad de acuerdo al análisis de los nuevos casos en los que tal condición se hace presente; de tal modo “que el estudio de incidencia se vuelve uno de los valores más importantes y útiles para los epidemiólogos ya que no sólo permite mirar hacia atrás y analizar la evolución de determinadas enfermedades en ciertas condiciones temporo-espaciales, sino que también permite proyectar hacia un futuro un crecimiento o decrecimiento de la enfermedad de acuerdo a los valores analizados”. (6)

Estos conceptos tienen gran importancia en las profesiones sanitarias ya que, para tener una idea de cómo se distribuyen y evolucionan en la población las enfermedades u otros fenómenos, las nociones de incidencia y prevalencia son tan fundamentales como, por ejemplo, las de inflamación y neoplasia

para entender la fisiopatología de distintos procesos patológicos. Sin embargo, algunos textos que tratan de estos temas no definen incidencia y prevalencia con precisión y otros utilizan estos conceptos de manera impropia, sobre todo en lo referente a sus aspectos matemáticos.

Así, se puede decir que la incidencia es una magnitud que cuantifica la dinámica de ocurrencia de un determinado evento en una población dada. Habitualmente, la población está formada por personas y los eventos son enfermedades, pero esto es sólo uno de los posibles casos particulares.

CLASIFICACION DE INCIDENCIA

- **Incidencia absoluta.**- es una fracción cuyo numerador son los eventos ocurridos en una población dada, y cuyo denominador es el tiempo de observación en el que ocurrieron dichos eventos.

Dicho de otra manera, la incidencia absoluta de un evento en una población determinada es el número de veces que ocurre dicho evento en la población por unidad de tiempo.

- **Incidencia relativa.**- es una fracción cuyo numerador es el número de ocurrencias de dicho evento y cuyo denominador es la cantidad de observación. La cantidad de observación es el producto del número de elementos de la población observada por el tiempo de observación de dicha población. A veces la población observada está dividida en grupos, cada uno de los cuales ha sido observado durante un cierto tiempo.

ESTRUCTURA DE UN INDICADOR DE INCIDENCIA

La estructura básica de cualquier indicador de incidencia es el número de sucesos que ocurren en una población definida a lo largo de un lapso específico y se considera como el numerador, sobre la población en riesgo de experimentar tal evento durante dicho lapso de tiempo y es el denominador.

Hay dos tipos de medidas de incidencia que se definen según el tipo de denominador:

- 1.- **Incidencia acumulada.**- Medidas de incidencia, basadas en personas en riesgo
- 2.- **Densidad o Tasa de incidencia.**- Medidas de incidencia basadas en unidades persona-tiempo en riesgo.

La Tasa de incidencia expresa la fuerza que una enfermedad tiene para cambiar el estado de salud de una población al estado de enfermedad por unidad de tiempo en relación a la población susceptible en ese momento. Así, el denominador de este tipo de medida de incidencia está formado por el número de unidades de tiempo (t) con que los individuos en riesgo contribuyeron al periodo de seguimiento.

Tasa de incidencia = I / PT

I = Número de casos nuevos de enfermedad o evento

PT= Número de personas en riesgo de desarrollar la enfermedad por el tiempo que cada una de ellas permanece en riesgo

2.2.2. ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) se define como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y a veces global en caso de los pacientes en coma, pérdida de función cerebral, con los síntomas durando más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular o conduciendo a la muerte, sin causa evidente a excepción del vascular.

Las enfermedades vasculares cerebrales son muy numerosas y debido a ello tienen una compleja nomenclatura que depende de los siguientes factores: Naturaleza de la lesión, tamaño y morfología de la misma, forma de instauración y evolución posterior, topografía, mecanismo de producción y etiología. (7)

La clasificación etiopatológica de ACV es de particular relevancia, tanto para el manejo terapéutico del ictus agudo, como para la prevención primaria y secundaria.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HEMORRAGICO

El accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando se rompe un vaso sanguíneo que llega al cerebro. La sangre de este vaso puede penetrar en el cerebro y causar daño. Hay dos tipos de accidentes cerebrovasculares hemorrágicos:

Hemorragia intracerebral (HIC): significa que el sangrado está directamente dentro del cerebro.

Hemorragia subaracnoidea (HSA): significa que el sangrado está entre el cerebro y el cráneo

ETIOLOGIA DEL ACV

Los factores pronósticos de supervivencia más importantes, son la edad, la preservación de la conciencia, y la ausencia de ECV previos.

FISIOPATOLOGIA DE ACV

El cerebro recibe 20% del gasto cardíaco. Aproximadamente 800 ml. de sangre circulan en el cerebro en cada minuto. Una gota de sangre que fluya a través del encéfalo tarda alrededor de 7 segundos para pasar de la arteria carótida interna a la vena yugular interna. Este flujo continuo se requiere debido a que el cerebro no almacena oxígeno ni glucosa, y de manera casi exclusiva obtiene su energía del metabolismo aeróbico de la glucosa sanguínea.

La fisiopatología del daño por la oclusión cerebrovascular puede ser separada en dos procesos secuenciales: de una parte los eventos vasculares y hematológicos que causan la reducción inicial y la subsecuente alteración del flujo sanguíneo cerebral local y de otra, las anomalías celulares inducidas por la hipoxia y anoxia que producen la necrosis y muerte neuronal. (8)

El flujo sanguíneo promedio del encéfalo normal es de 50 mL por 100 gm de tejido por minuto, sin embargo, ante determinadas situaciones el flujo de una región específica puede ser mayor. Flujos sanguíneos cerebrales entre 10 a 17 ml/100 gm de tejido minuto alteran la disponibilidad normal de glucosa y de oxígeno a la célula, para mantener su metabolismo exudativo normal. Pocos minutos después

del inicio de la isquemia las demandas energéticas exceden la capacidad de síntesis anaeróbica del ATP, y las reservas energéticas celulares son depletadas.

Como consecuencia, el lactato e iones hidrógeno se acumulan en el tejido neuronal, con un subsecuente cambio en el estado ácido-base tisular. Posteriormente, se alteran el gradiente y el flujo iónico a través de la membrana celular, con apertura de algunos canales selectivos que ocasionan un fenómeno de despolarización iónica, con liberación celular de potasio, sodio, cloro, entrada de calcio y síntesis de aminoácidos excitadores (glutamato y aspartato), que aumentan la toxicidad para el tejido nervioso. La alteración en la homeostasis del calcio juega un papel fundamental en el proceso de muerte neuronal. Los aminoácidos excitadores (glutamato), activan algunos receptores postsinápticos (receptores para N-Metil-DAspartato o NMDA), contribuyendo al aumento del calcio intracelular, que a su vez participa en la activación de nucleasas, y fosfolipasas que lesionan aún más la membrana neuronal. La liberación de estos lípidos de la membrana contribuye con la formación del ácido araquidónico, y a la generación de radicales libres, presentes durante los fenómenos de re perfusión.

La lesión histopatológica de la oclusión cerebrovascular depende del grado y la duración de la alteración del flujo sanguíneo. Existe una vulnerabilidad neuronal diferente al daño isquémico, que no se relaciona muchas veces con la duración o severidad de la isquemia tisular, de manera que sólo algunas poblaciones de neuronas que son afectadas, como las neuronas piramidales de las áreas CA1 y CA4 del hipocampo, las neuronas de Purkinje en el cerebelo, y las neuronas pirámides corticales. Durante la isquemia se reduce o se pierde la entrega de oxígeno y de glucosa al tejido nervioso. En este punto la

circulación colateral puede mantener el flujo sanguíneo en el área circundante, con un compromiso menos severo en dicha zona con respecto a las áreas más distales (penumbra isquémica). (9)

Esta isquemia parcial e incompleta es la responsable de la dinámica temporal y espacial del infarto. La lisis espontánea o farmacológica del trombo inicia la repercusión en el área isquémica.

CUADRO CLINICO DE ACV

Debe tomarse en cuenta el tiempo de instalación (habitualmente agudo) y la aparición de signos de foco neurológicos, hemiparesia o hemiplejía, hemianestésias, hemianopsia, pérdida de visión mono o biocular, diplopía, disartria, afasia, ataxia, vértigo, nistagmos, súbito deterioro de la conciencia, intensa cefalea sin causa.

Entre los signos neurológicos asociados según la irrigación y localización de la lesión tenemos:

- **Arteria carótida interna**

Irriga los hemisferios cerebrales y el di encéfalo por las arterias oftálmicas y hemisféricas ipsilaterales. Signos: Hemiplejía severa y hemi anestesia contralateral con hemianopsia, ocasionalmente amaurosis unilateral. Afasia profunda si toma hemisferio izquierdo

- **Arteria cerebral media**

Es la rama más grande de la arteria carótida interna; sus “ramas corticales” irrigan toda la superficie lateral del hemisferio salvo una parte del lóbulo frontal y el lóbulo occipital.

Sus ramas centrales perforantes, aportan la circulación de los núcleos lenticular, caudado y la capsula interna. Signos: Alteraciones en la comunicación, movilidad, percepción e interpretación del espacio.

Hemiplejia o hemiparesia contralateral, cuando se debe a lesiones de las arterias perforantes los signos son concordantes (simetría en la intensidad de la paresia o anestesia de los miembros superiores con respecto a los inferiores o la hemicara ipsilateral). Produce hemianopsia homónima. (10)

- **Arteria cerebral anterior**

Irriga parte del lóbulo frontal y por sus “ramas centrales” colabora con la circulación de los núcleos lenticular, caudado y Capsula interna. Signos: Labilidad emocional, cambios de personalidad, Amnesia, incontinencia urinaria, paresia a predominio en miembros inferiores

- **Arteria cerebral posterior**

Irriga zonas mediales e inferiores del lóbulo temporal, el lóbulo occipital, el hipotálamo posterior y áreas receptoras visuales. Signos: hemianestias, hemianopsia homónima, ceguera cortical, déficit de memoria.

- **Arterias vertebrales o basilares**

Irrigan tronco y cerebelo Signos: cuando la oclusión es incompleta producen drop attacks, paresia uni o bilateral de los miembros, diplopia, hemianopsia homónima. Nauseas, vomitos, tinitus y sincope. Disfagia, disartria. Confusión y somnolencia.

Si afecta la porción anterior del puente puede dar el síndrome de enclaustramiento, el paciente solo mueve los parpados pero la conciencia esta indemne.

Si se produce la oclusión completa o la causa es una hemorragia: coma con pupilas mióticas y reflejo foto motor conservado. Hay rigidez

de descerebración, anomalías circulatorias y respiratorias y eventual muerte.

- **Arteria cerebelosa póstero inferior**

Irriga las porciones posteriores y laterales de la medula. Signos: Síndrome de Wallenberg, disfagia, disfonía, anestesia al dolor y temperatura en cara y cornea con sensibilidad táctil conservada.

- **Síndrome de Horner ipsilateral**

Perdida de la sensación termo algésica contralateral en tronco y extremidades. Ataxia ipsilateral.

- **Arterias cerebelosas inferior y superior**

Irrigan el cerebelo. Signos: Nistagmos, dificultad en la articulación de la palabra, trastornos deglutorios, movimientos inordinados de los miembros.

- **Arteria espinal anterior**

Irriga la porción anterior de la medula. Signos: Anestesia por debajo del nivel de la lesión con nivel sensitivo superior y propiocepción conservada. Parálisis flácida por abajo del nivel de la lesión.

- **Arteria espinal posterior**

Irriga la porción posterior de la medula. La alteración a este nivel produce los siguientes signos: Perdida sensorial particularmente de la propia propiocepción, vibración, táctil superficial y presión.

Establecer el tiempo de aparición de los síntomas es fundamental para evaluar la terapia trombo lítica. Accidente Cerebrovascular Neuroimagenes Isquémicos 85 % Hemorrágicos 15% .Trombo líticos, 17% Cardioembolicos, 4% Aterosclerosis carotidea, 64% Otros, 7% Hematoma intracraneal HTA, 4% Aneurisma, HSA. (11)

Señales de advertencia de accidente cerebrovascular hemorrágico

Inicio repentino de:

- Mareo o pérdida de equilibrio

- Fuerte dolor de cabeza
- Náuseas y vómitos que se presentan muy de repente
- Confusión y dificultad para entender
- Debilidad o entumecimiento de un solo lado del cuerpo
- Problemas para ver por uno de ambos ojos
- Dificultad para caminar

En la evaluación inicial del paciente con hemorragia intracerebral algunos signos y síntomas pueden orientar hacia la localización y las características del sangrado: Afasia no fluente: localización en hemisferio dominante.

- Deterioro progresivo de la conciencia: pequeñas hemorragias en tallo cerebral o cerebelo.
- Coma desde el inicio: hemorragias extensas, con herniaciones.
- Hemiplejía y alteraciones sensitivas discretas: Tálamo.
- Pupilas puntiformes: Puente.

En la hemorragia intracerebral es posible ver algunos síndromes clínicos de acuerdo a la localización de la misma:

- **Hemorragia capsular o putaminal:** Estos pacientes presentan una hemiplejía con compromiso facial y hemianestesia contralateral, hemianopsia homónima, y alteración de la mirada conjugada. En estos pacientes es posible encontrar que la hemorragia drena al sistema ventricular, lo cual compromete aún más el pronóstico (alta mortalidad >90%).
- **Hemorragia talámica:** El paciente puede presentar hemiparesia y hemianestesia contralateral, de menor intensidad que en los pacientes con hemorragia capsular, y en algunos casos hay

alteración de la mirada vertical por compromiso de la placa tectal. Cuando la hemorragia es extensa se observa en algunos casos, descarga al sistema ventricular.

- **Hemorragias del tallo cerebral:** La mayoría se ubican en el puente. Lesiones pequeñas causan cuadros devastadores con descerebración, pupilas mióticas, oftalmoplejía, y nistagmus en varias direcciones.

2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Incidencia de pacientes con accidentes cerebrovascular.- Número de casos nuevos de pacientes con alteración del sensorio por daño cerebral ingresados a la unidad de cuidados intensivos cuyo diagnóstico médico es accidente cerebrovascular y que es medido a través de los registros en la historia clínica.

Unidad de cuidados intensivos.- Servicio que pertenece al hospital regional de Ayacucho cuyo sistema de atención clínica se caracteriza por dedicarse al cuidado de pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad tal que suponga un peligro vital actual o potencial, susceptible de recuperabilidad.

Accidente cerebrovascular.- es toda lesión que sufre el cerebro y sus estructuras anatómicas causadas por un daño vascular y que pone en peligro la vida del paciente.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo porque la variable fue medida en términos numéricos, método descriptivo simple ya que la variable se estudia tal como se presenta en la realidad, y es retrospectivo por que se investigó hechos ocurridos en el pasado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la unidad de cuidados Intensivos el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, Ayacucho. La Unidad de Cuidados Intensivos presenta una Infraestructura adaptada con ambientes para 04 camas, cuenta con personal de acuerdo a las exigencias de las normas técnicas del Ministerio de Salud y el equipamiento está acorde a las necesidades para atender pacientes críticos.

La unidad de cuidados intensivos, se encuentra ubicado cerca del área de Sala de Operaciones y a poco distante de la emergencia General.

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

La población considerada para el presente estudio estuvo constituido por todo los pacientes que estuvieron hospitalizados con diagnóstico

de accidente cerebrovascular en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, Ayacucho.

3.4. UNIDAD DE ANALISIS

Para la obtención y análisis de datos se identificó el perfil de la población en estudio y se recolectó la información de las Epicrisis de las historias clínicas correspondientes a los pacientes con accidente cerebrovascular demostrado clínicamente y a través del TAC CEREBRAL, que se atendieron en el tiempo de estudio.

3.5. MUESTRA Y MUESTREO

Se tomó toda las historias clínica de los pacientes que llegaron a la unidad de cuidados intensivos del hospital antes mencionado, los cuales cumplieron los criterios de inclusión que se proyectó para el presente estudio (edad, sexo, factores de riesgo, tipo de tratamiento que recibieron, número de complicaciones que presentaron, etc.) los mismos que se tomaron de las historias clínicas de cada uno de los pacientes que entraron dentro del estudio.

Se obtuvo la muestra más significativa que determinó el programa estadístico aplicado con un 96 % de confiabilidad para un buen análisis de estudio.

3.6. CRITERIO DE SELECCIÓN

Criterio de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular dados de alta de la unidad de cuidados intensivos.

- Pacientes hospitalizados en el mes de enero a diciembre del 2015.
- Pacientes con accidente cerebrovascular mayores de 15 años.
- Pacientes que cuentan con epicrisis e historia clínica completa.

Criterio de exclusión

- Pacientes cuyas Epicrisis se extraviaron o que no cuentan con historia clínica completa.
- Pacientes menores de 15 años.

3.7. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método y la técnica utilizada fue la revisión de historias clínicas concentradas en el área de estudio durante el año 2015 todo esto proporcionada por el departamento de estadística del Hospital Regional Ayacucho previa coordinación interna con el responsable de esta área.

Para el control de calidad y la confiabilidad de los datos se realizó una prueba piloto utilizando el formato de encuesta número 01 en una muestra de 15 pacientes el cual nos permitió recoger los datos de manera adecuada para la investigación.

3.8. PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Se utilizaron los programas de SPSS para el análisis de la información. Los datos fueron tabulados también usando Microsoft Excel y son presentados mediante tablas y gráficos.

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS.

4.1.1. DATOS GENERALES

Luego de recolectado los datos estos fueron procesados y presentados en gráficos para su respectivo análisis e interpretación

Asi tenemos que durante el año 2015, del total de pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos 100% (47), el 47% (13) han salido de alta en condicion de mejorado, el otro 47% (12) han fallecido y el 6% (5) ha sido referido a la ciudad de Lima. Ver anexo D

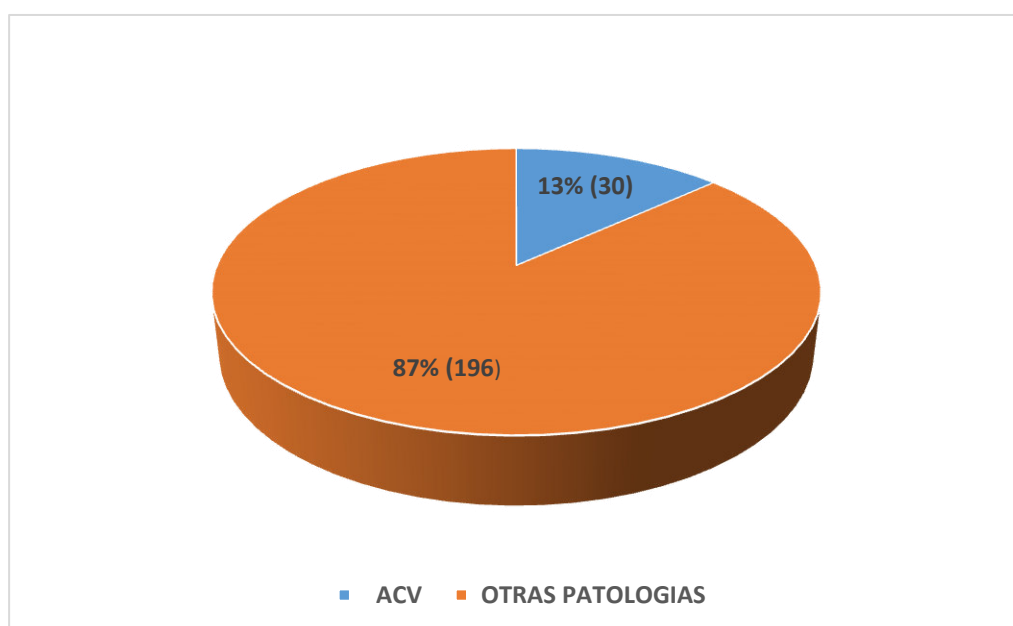
Asi mismo podemos ver que del 100% (30) de pacientes con accidente cerebrovascular, el 30% (09) presento Accidente Cerebro Vascular isquemico y el 70% (21) debutó con Accidente Cerebro Vascular hemorragico. Ver anexo E

Cabe resaltar tambien el lugar de rferencia de los pacientes que fallecieron en la unidad de cuidados intensivos del hospital mencionado. El 17% (02) han sido referidos de emergencia, el otro 17% (02) del servicio de neurocirugia y el 66% (08) han sido referidos de la unidad de cuidados intermedios. Anexo F

4.1.2. DATOS ESPECIFICOS

GRAFICO N° 01

INCIDENCIA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN ADULTOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2015.

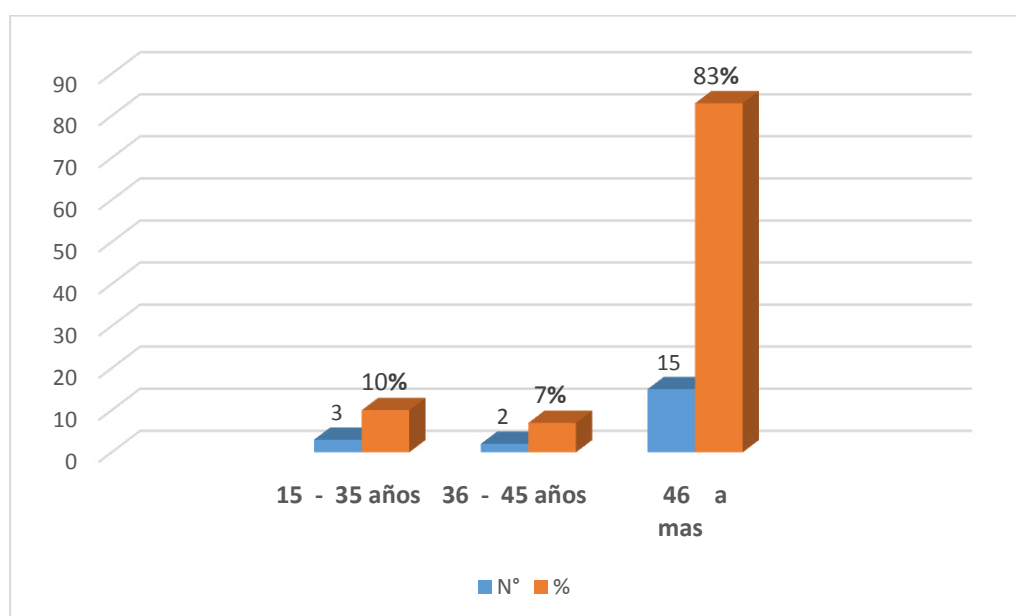


Fuente: Libro de registro de la UCI

En el grafico podemos observar que del 100% (226) de pacientes que ingresaron a la Unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho durante el año 2015, el 13% (30) corresponden al diagnóstico de accidente cerebrovascular y el 87% (196) son otros diagnósticos.

GRAFICO Nº 02

INCIDENCIA DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR SEGÚN EDAD, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO – 2015

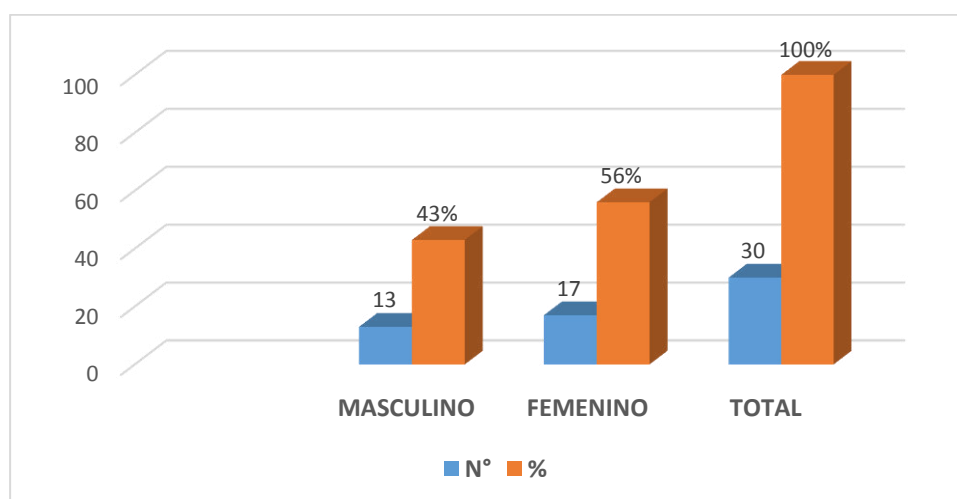


Fuente: Libro de registro de la UCI

Podemos apreciar en el gráfico, que del total 100% (30 de pacientes con diagnóstico de ACV, el 10% (3) corresponde a pacientes cuya edad fluctúa entre 15 y 35 años, el 7% son del grupo etareo que comprende entre 36 y 45 años y el 83% (15) son pacientes mayores de 46 años.

GRAFICO Nº 03

**INCIDENCIA DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO
VASCULAR SEGÚN SEXO, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL
MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA
AYACUCHO – 2015**

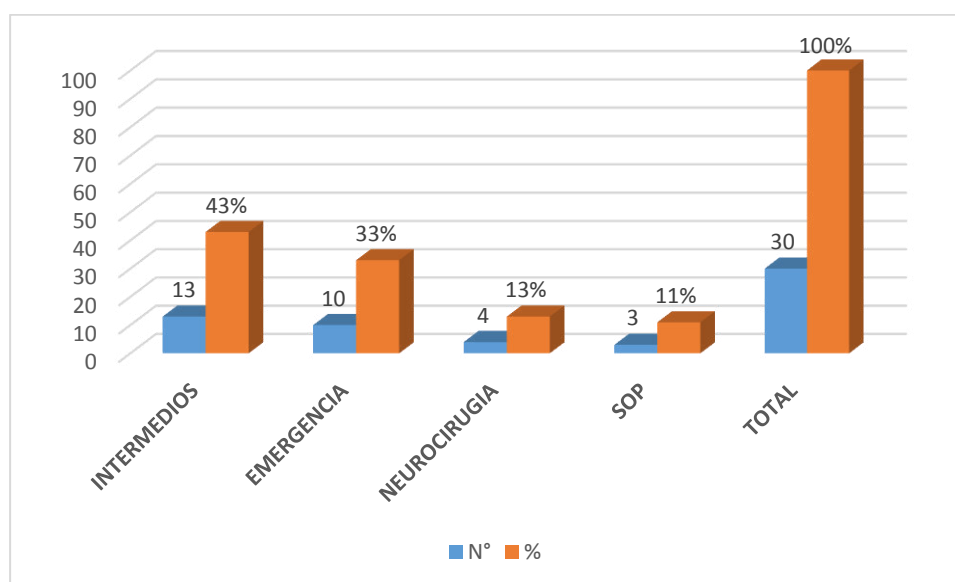


Fuente: Libro de registro de la UCI

Del 100% (30) de pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos con el diagnóstico de ACV, el 43% (13) son del sexo masculino, el 56% (17) son de sexo femenino, siendo el porcentaje más alto en EL SEXO FEMENINO siendo este género la población más afectada.

GRAFICO N° 04

INCIDENCIA DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR SEGÚN LUGAR DE REFERENCIA, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO – 2015



Fuente: Libro de registro de la UCI

El grafico nos muestra que del 100% (30) de pacientes que ingresaron a la UCI con diagnóstico de ACV durante el año 2015, son referidos directamente del servicio de INTERMEDIOS un 43% (13), seguido de EMERGENCIA con un 33 % (10), del servicio de neurocirugía un 13 % (4) y finalmente es referido de sala de operaciones un 11% (3) de pacientes.

4.2. DISCUSIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares si bien constituye la segunda causa de mortalidad en el mundo, y la causa más importante de discapacidad puede prevenirse con un adecuado control y estilos de vida saludable; contribuyen a elevar la calidad de vida y mejorar la expectativa de vida en las personas.

Del total de pacientes 226 (100%) que ingresaron a la Unidad de Cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho durante el año 2015, el 30% (13) de pacientes corresponden al diagnóstico de accidente cerebrovascular y 196 (87%) son a causa de otras enfermedades; recayendo el porcentaje más alto de ACV en los varones.

Según la Organización Mundial de la Salud, los accidentes cerebros vasculares se están incrementado sobre todo en el adulto mayor. (12)

Lo cual coincide con lo encontrado en el presente trabajo de investigación en donde se observa un alto porcentaje de accidente cerebrovascular en pacientes mayores de 46 años.

La amplia presencia de población gerente es explicable por el tipo de patología ya que un importante factor de riesgo es la edad (18)

Estos procesos traumáticos constituyen la primera entidad causal de mortalidad e incapacidades en cualquier país del mundo por lo que su frecuencia requiere mayor atención para tomar las medidas reglamentarias, educacionales y las mejoras en la vía pública.(19)

Según la teoría, la distribución de los sexos son similares, por lo que no se espera encontrar diferencias aun cuando los reportes dan un predominio al sexo masculino; sin embargo en la presente investigación hay un predominio en el sexo femenino lo cual difiere con lo mencionado por algunos autores.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La incidencia de accidente cerebrovascular en adultos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho es significativo y corresponde al 13% del total de pacientes que ingresan a esta unidad.
- La distribución por sexo en los pacientes del presente estudio, estadísticamente no es significativo, a pesar de ello existe un discreto predominio de accidente cerebrovascular en el sexo femenino ya que corresponde al 56%, lo cual difiere un poco con los señalados por estudios de la organización mundial de la salud donde presentan mayor predominio del sexo masculino.
- Existe un mayor predominio de accidente cerebrovascular en la en mayores de 46 años (83%) seguidos del grupo de edad entre 15 y 35 años (10%) y 7% en edades de 31 a 45 años; el cual se asemeja a los resultados presentados en el marco teórico de la presente investigación.
- Es necesario recalcar que la intervención oportuna y adecuada en los pacientes con ACV, reducen las tasas y secuelas incapacitantes ahorrando al estado y a la sociedad los costos de atención destinados a este rubro

5.2. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de investigación para determinar si se está realizando un apropiado diagnóstico de accidente cerebrovascular.
- Realizar estudios de investigación y seguimiento acerca del adecuado registro y reporte de accidente cerebrovascular en adultos hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos.
- Realizar un estudio de prevalencia e incidencia de accidente cerebrovascular sobre todo en zonas rurales para obtener una información más completa sobre la epidemiología en la zona rural.

5.3. LIMITACIONES

- Los resultados son válidos solo para la población estudiada, pudiendo extrapolarse solo en poblaciones con realidades y características similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) M.D., Gmail Ham dam Suleiman. Revista de medicina Intensiva Interna y medicina critica del 2006. Neurointensivismo Basado en la Evidencia. Argentina: Corpus Editorial, 2007.
- (2) Bargiela, Carlos Antonio, Ma. Bargiela. Accidente Cerebro Vascular. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, 2010. Disponible en:
www.drwebsa.com.ar/smiba/med.inema/vol02/02.05htm.
- (3) Bayona Hernan, Toro Jaime. Guías de Manejo de Trombolisis. Página Web. Mayo, 2002
- (4) Mellado T. Patricio. Enfermedad Cerebrovascular. Apunte de Medicina Intensiva. PUC Chile. Facultad de Medicina. Programa de Medicina Intensiva. Abril. 2002
- (5) Nelson Quintana Cordero, MD. Biblioteca Virtual de Salud. BVS 30 - 2006.
- (6) Rodríguez, Dra. Biblioteca Virtual de Salud. BVS.2009 Castello, María José Prieto. Revista SIDEME – 2011.
- (7) Previgliano, Patricia S. Marchito-Ignacio J. Traumatismo de Cráneo
- (8) Organizacion Panamericana de la Salud. Revista Médica 2002.
- (9) Neunny J. Epidemiologia del Trauma-Editorial Medica Panamericana 2008.

- (10) Altied López E, Bermejo Aznarez S, Chico Fernández M. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Revista Medicina Intensiva. Febrero 2009; 33: 16-30.
- (11) Murillo MA, Sánchez I, Mellado E. Traumatismo Craneoencefálico. Manual de Urgencias en Pediatría. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.
- (12) Burgos Marín E de, Díaz Castellanos MA, Fierro Rosón LJ, Hurtado Ruiz B, Ramos Cuadra JA, Ruiz Bailén M, Serrano Córcoles MC. Manejo del traumatismo craneoencefálico grave en un hospital comarcal. Revista Emergencias. 2000; 12: 106-115.
- (13) Muñoz-Céspedes JM, Tirapu-Ustarroz J. Factores de pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos. [Internet] Revista cubana de Neurología y Neurocirugía 2012;2: 28-33. Disponible en:
<http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/21>
- (14) Saraí Rada M. Recomendaciones de cuidados de enfermería para el paciente con traumatismo craneoencefálico severo ingresado en la uci-a del complejo hospitalario de navarra. Tesis para optar el título de especialista
- (15) Boto G, Gómez P, de la Cruz J, Lobato R. Factores pronósticos en el traumatismo craneoencefálico grave. Neurocirugía 2004; 15:233-247.
- (16) Cam Paucar JL. (2011). Manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana aguda.

- (17) Dominguez JM, Gracia RM, Altad E, escudero D, Mesejo A y grupo de trabajo de neurointensivismo de la SEMIUC. La organización de la atención al paciente neurológico critico en las unidades de cuidados intensivos de España. Med Intensiva 1997; 21(Supp11)156.
- (18) Gracia Gozalo RM. (2006). Estudio de la atención al traumatismo craneoencefálico de adultos en unidades de cuidados intensivos de referencia para esta patología en Cataluña. Tesis doctoral.

BIBLIOGRAFÍA

- Bárcena Orbe A, Rodríguez Arias A, Rivero Martín B, Cañizal-García JM, Mestre Moreira C, Calvo-Pérez JC, et al. Revisión del traumatismo craneoencefálico. Neurocirugía 2006; 17: 495-518
- Alonso N, Ortega M. y Albert M.,(2009), "Enfermedad Cerebrovascular de origen isquémico", Revista Médica Chilena, Vol. 42 (2), Pag.23-35
- Braga P. e Ibarra A., (2008),"Ataque Cerebro Vascular Estudio Epidemiológico prospectivo", Revista Médica de Uruguay, Vol.42, (17), Pag.42-54.
- Boto GR, Gómez PA, De la Cruz J, Ibarra RD. Modelos pronósticos en el traumatismo craneoencefálico grave. Neurocirugía 2006; 17: 215-225.
- Lopez F, Buonanotte C, (2012), "Hipertensión Arterial y Accidente Cerebro Vascular en Ancianos", Revista Médica EL Sívier, Vol.4,(1), Pag. 18-21
- Orient López F, Sevilla-Hernández E, Guevara-Espinosa D, Terré-Boliart R, Ramón Roma S, Bernabeu Guitart M. Resultado Funcional al alta del traumatismo craneoencefálico ingresado en una unidad de daño cerebral. Rev Neurol 2004; 39(10): 901-906.
- García Delgado M, Navarrete Navarro P, Navarrete Sánchez I, Muñoz Sánchez A, Rincón Ferrari MD, Jiménez Moragas JM et al. Características epidemiológicas y clínicas de los traumatismos

severos en Andalucía. GITAN. Medicina Intensiva 2004; 28 (9): 449-456 Intensiva 2004; 28 (9): 449-456

- Murillo Cabezas F, Muñoz Sánchez MA. Traumatismo craneoencefálico. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. [Libro en Internet]. Madrid: Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias; 2004 [acceso 15 de enero de 2007]
- Marchio PS, Previgliano IJ, Goldoni CE, Murillo Cabezas F. Traumatismo craneoencefálico en la ciudad de Buenos Aires: estudio epidemiológico prospectivo de base poblacional. Neurocirugía 2006
- Reviejo K, Arcega I, Txoperena G, Azaldegui F, Alberdi F, Lara G. Análisis de factores pronósticos de la mortalidad en el traumatismo craneoencefálico grave. Proyecto Pliguitania medicina intensiva.
- García Delgado M, Navarrete Navarro P, Navarrete Sánchez I, Muñoz Sánchez. Análisis clínico epidemiológico y de práctica médica del traumatismo grave en Andalucía. Estudio piloto. Proyecto GITAN , Medicina intensiva 2001.
- Boto GR, Gómez PA, De la Cruz J, Iobato RD. Modelos pronósticos en el traumatismo craneoencefálico grave. Neurocirugía 2006

ANEXOS

INDECE DE ANEXO

ANEXO		PÁG.
A	Operacionalización de variables	I
B	Instrumento	II
C	Prueba de Validez	III
D	Condición del paciente dado de alta de la UCI	IV
E	Tipo de ACV del paciente hospitalizado en la UCI	V
F	Referencia de pacientes que falleció en UCI con Diagnostico de ACV	VI

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Incidencia de pacientes con Accidente Cerebro Vascular	Patología cardiovascular que afecta a los vasos sanguíneos cerebrales por obstrucción o ruptura de un vaso, disminuyendo el aporte de oxígeno al cerebro.	Pacientes con Diagnostico de Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico e Isquémico que llegan a hospitalizarse en la UCI	Edad	Adulto joven Adulto Adulto mayor	-Alta Incidencia.
			Sexo	Femenino Masculino	-Promedio
			Referencia	Emergencia SOP Neurocirugía Clínica Traumatología	-Baja incidencia.

ANEXOS B

INSTRUMENTO

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

N° H.C: Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad.

Tipo de ACV: Isquémico () Hemorrágico ()

Servicio que Refiera a la UCI-----.

Tiempo de hospitalización en UCI:

Condición de alta del paciente: Fallecido ()

Mejorado ()

Referido ()

A que edad falleció el paciente?

ANEXO C
PRUEBA DE VALIDEZ

ITEMS	JUEZ										p valor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00098
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00098
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00098
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00098
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00098
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00098
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00098

ANEXO D

CONDICION DE ALTA DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL AYACUCHO - 2015

CONDICION DE PAC. DADO DE ALTA DE LA UCI.	NUMERO	%
MEJORADO	13	47
FALLECIDO	12	47
REFERIDO	05	06
TOTAL	47	100

ANEXO E

TIPO DE ACV DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL – AYACUCHO 2015

CLASIFICACION DE ACV	NUMERO	%
ISQUEMICO	09	30
HEMORRAGICO.	21	70
TOTAL	30	100

ANEXO F

LUGAR DE REFERENCIA DE PACIENTES CON ACV QUE FALLECIERON EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

2015

REFERENCIA DE PAC. FALLECIDOS CON DX. ACV. EN UCI.	NUMERO	%
EMERGENCIA.	02	17
NEUROCIRUGIA.	02	17
INTERMEDIOS.	08	66
TOTAL	12	100